

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

417

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Henri MOREL

Né à Avignon (Vaucluse), le 14 Février 1896

Contribution à l'étude Clinique et Radiographique

DE

L'ENTORSE DU COUDE

CHEZ L'ENFANT

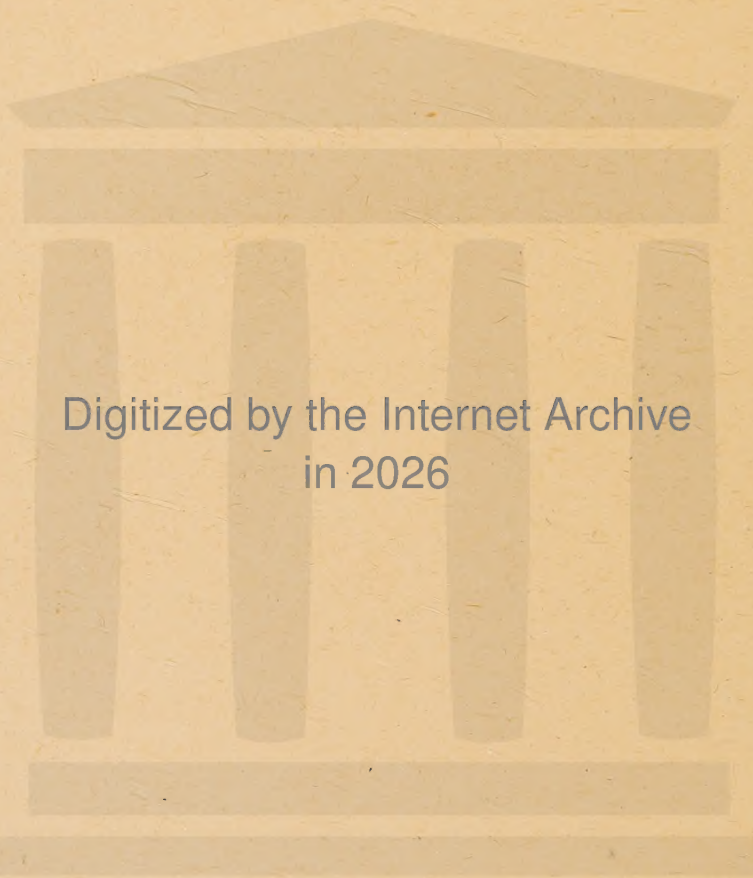
Président : M. le Professeur Auguste BROCA

MASSON ET C^{IE}

ÉDITEURS — PARIS

1921

417



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Henri MOREL

Né à Avignon (Vaucluse), le 14 Février 1896

Contribution à l'étude Clinique et Radiographique

DE

L'ENTORSE DU COUDE

CHEZ L'ENFANT



Président : M. le Professeur Auguste BROCA

MASSON ET C^{ie}
ÉDITEURS — PARIS
===== 1921 =====

LE DOYEN : M. ROGER.
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANCON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale.	RÉNON.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale.	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA AUGUSTE.
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RATTEHER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LE REBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT.	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur AUGUSTE BROCA,

*Professeur de clinique chirurgicale infantile
à l'Hôpital des Enfants-Malades.*

Hommage de respectueuse estime.

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Professeur RAUZIER

In Memoriam.

*Professeur de clinique Médicale
à l'Hôpital Suburbain (Montpellier).*

En souvenir d'une sincère affection.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur DESGREZ,

*Professeur de Chimie organique
et de Chimie générale.*

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma fidèle affection.*

, Meis et Amicis

Contribution à l'étude Clinique et Radiographique

DE L'ENTORSE DU COUDE CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

L'entorse juxta-épiphysaire a été décrite par Ollier en 1881 dans la *Revue de chirurgie* ; il nous a paru intéressant, en décrivant particulièrement celle du coude, d'apporter à cette étude la contribution de la radiographie. Les signes fournis par la clinique seule, sont en effet peu précis, et l'on peut facilement diagnostiquer une entorse alors que l'on a déjà des décollements épiphysaires ou même des fractures. De plus, probablement à la suite des expériences de Max Schuller (1880), Ollier faisait de l'entorse juxta-épiphysaire une lésion grave par ce fait qu'elle pouvait être la cause fréquente d'ostéomyélites aiguës ou chroniques ; par contre, la principale complication, qui est une complication purement mécanique, paraît lui avoir échappé. Nous adoptons donc dans notre étude le plan suivant :

I. — Recherche de la fréquence de la lésion dans la pratique courante et en comparaison avec les autres lésions du coude chez l'enfant.

II. — Etude de l'ossification du coude, des ligaments et du mécanisme de l'entorse.

III. — Présentation de six observations avec les radiographies.

IV. — Diagnostic, pronostic et traitement des entorses du coude.

Ce travail a été fait dans le service du professeur A. Broca qui a bien voulu mettre à notre disposition ses observations et nous

a fait profiter de sa grande expérience clinique. Nous tenons à le remercier vivement pour l'amabilité qu'il a montrée à notre égard et pour les conseils qu'il nous a donnés. Nous remercions également le docteur R. Massard qui, parmi les nombreuses observations, nous a recherché les plus intéressantes, et M^{lle} M. Ségoillot qui nous a montré la façon d'exécuter nos dessins.

I. — RECHERCHE DE LA FRÉQUENCE DE LA LÉSION DANS LA
PRATIQUE COURANTE ET EN COMPARAISON
AVEC LES AUTRES LÉSIONS DU COUDE CHEZ L'ENFANT.

Nous avons recherché la fréquence de l'entorse du coude, par une statistique faite d'après les diagnostics portés à la consultation dans le service du professeur A. Broca. Elle porte sur un total de 25.431 consultations, du 23 avril 1914, au 7 septembre 1920, et nous donne un total de 400 lésions du coude classées en : fractures supra-condyliennes, fractures du condyle externe, de l'épitrôchlée, du condyle interne, de l'épicondyle, trans-condyliennes, de l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, de l'olécrane, décollements épiphysaires, contusions et entorses. Si l'on ne tient compte que des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus on arrive à un total de 255 cas qui se répartissent en 97 supra-condyliennes, 82 du condyle externe, 49 de l'épitrôchlée, 15 du condyle interne, 8 transcondyliennes et 4 de l'épicondyle. On voit que cette classification est très voisine de celle donnée par Mouchet (*thèse de Paris* 1898) en ce qui concerne les 3 premières variétés, mais nous trouvons la fracture du condyle interne et celle de l'épicondyle plus fréquentes ($\frac{2}{270}$ et $\frac{3}{270}$, Mouchet). Si maintenant nous considérons l'entorse, nous voyons qu'elle apparaît avec une fréquence égale à celle de la fracture de l'épitrôchlée avec 48 cas, la contusion assez sérieuse pour amener l'enfant à l'hôpital donne 45 cas. Si l'on classe parmi les entorses tous les cas dans lesquels le diagnostic a été difficile et a été à la consultation celui de « fracture probable » on voit que dans cette nouvelle classification le chiffre de l'entorse s'élève à 83 et qu'elle arrive ainsi au 1^{er} rang. Le diagnostic ne peut donc être, dans presque la moitié des cas, tranché que par la radiographie.

II. — ETUDE DE L'OSSIFICATION DU COUDE, DES LIGAMENTS ET DU MÉCANISME DE L'ENTORSE.

Il est nécessaire de rappeler en quelques mots l'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus, ainsi que la disposition des ligaments. D'après les travaux de Farabeuf (*Société de chirurgie* 1886) on sait que l'ossification de l'épiphyse humérale inférieure se fait par 4 points :

1° Le noyau condylien qui apparaît à la fin de la 2^e année et donnera le condyle ainsi que la lèvre externe de la trochlée, très net sur les radio 4 et 11.

2° Le noyau épitrochléen qui apparaît à la fin de la 4^e année et conserve longtemps son indépendance jusqu'au delà de la 14^e année.

3° Le noyau épicondylien apparaît vers la 10^e année et se soude très rapidement ; les radio 9 et 13 le montrent plus ou moins décollé à une époque ou il est d'ordinaire complètement soudé.

4° Le noyau trochléen qui forme la lèvre interne de la trochlée apparaît également vers 10 ans, il manque sur la radio 11.

Les ligaments qui interviennent dans la production de l'entorse sont : le latéral externe et le latéral interne ; le faisceau du ligament antérieur décrit par Poirier, et qui va de la face antérieure de l'épitrochlée, bride la lèvre interne de la trochlée et va s'insérer sur la coque fibreuse de la tête du radius ne peut en effet guère intervenir : il est plutôt relâché dans la pronation ou demi pronation, position d'appui pour la paume de la main au moment de la chute, ce sont donc surtout les ligaments : latéral interne, par son faisceau antérieur, pour les lésions de la région épitrochléenne et latéral externe, pour les lésions de la région épicondylienne, qui sont responsables cependant les lésions de la région épitrochléenne sont de beaucoup les plus fréquentes ; comme l'a déjà fait remarquer le professeur Broca (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*,

25 octobre 1913, p. 689) ceci s'explique par le valgus léger normal du cubitus et par l'insertion directe à l'os du ligament interne par ses 2 extrémités tandis, que le ligament externe a une insertion indirecte, si l'on admet la description classique (Sappey, Henle) ou tout au moins se réfléchit, si l'on admet la description de Poirier. On pourrait ajouter que la chute se faisant ordinairement avec le bras en abduction, la main en pronation, le condyle externe devient un centre de rotation autour duquel vont pivoter, en sens inverse, la trochlée et l'extrémité supérieure du cubitus ; suivant l'intensité du choc, on aura ou la fracture du condyle externe, plus fréquente que celle du condyle interne ou si le condyle externe résiste, par insuffisance du choc, entorse interne, plus fréquente que l'externe.

III. — PRÉSENTATION DE SIX OBSERVATIONS AVEC LES RADIOGRAPHIES

La *radiographie* ainsi que l'observation clinique va nous montrer comment on passe de l'entorse juxta-épiphysaire qu'Ollier définissait : « l'ensemble des lésions produites dans la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse des os longs, par les mouvements forcés des articulations contigües, ou par certaines violences exercées sur les os eux-mêmes » ; aux décollements des épiphyses, soit à l'état isolé, soit en totalité ; chez l'enfant les ligaments résistent et par suite il ne peut y avoir de seuil précis entre l'entorse juxta-épiphysaire et le décollement de l'épiphyse, la transition est insensible ; de plus les lésions dues à l'entorse pourront parfaitement ne pas se voir sur la radiographie faite immédiatement après l'accident et n'apparaître que cinq à six semaines après, par des ossifications secondaires qui se feront au-dessus de l'épiphyse décollée ; c'est ce que vont vous montrer les observations, nous en publions cinq, dont trois avec les radiographies précoces et tardives, plus une radiographie à titre de document anatomique.

OBSERVATION I. — Roux... 9 ans 1/2, chute sur le coude droit le 20 décembre 1919, vu le 27 décembre, présente du gonflement et une ecchymose interne. La flexion est limitée à angle droit, l'extension à 130°. Point douloureux épitrôchléen, écharpe à angle aigu.

Le 3 janvier 1920, coude en flexion à angle droit, extension limitée, pronation et supination normales ; pas de troubles nerveux.

Le 4 mai 1921, présente tous ses mouvements, mais *cubitus valgus* léger. Bon résultat fonctionnel.

La radiographie (fig. 1) immédiate montre simplement un arrachement de l'épitrôchlée, avec bascule du pôle supérieur en dedans ; le noyau trochléen, précoce, semble également avoir subi un abaissement de son extrémité interne vers le bas.

La radiographie (fig. 2) faite un an et quatre mois après montre un noyau épitrôchléen abaissé et déjeté un peu en avant sur la radio de profil (1) (fig. 3), mais son axe est redevenu vertical ; de plus des formations osseuses ont épaissi le bord interne depuis l'angle inférieur de la diaphyse jusqu'au dessus de la position normale de l'épitrôchlée ; c'est le résultat du décollement périostique, entorse juxta-épiphysaire d'Ollier.

OBSERVATION II. — Las... 12 ans, chute sur le bras droit le 26 décembre 1919 ; mouvements de pronation et de supination normaux, flexion normale, extension un peu limitée. Au niveau du condyle interne grosse tuméfaction avec léger changement de coloration, violacée au niveau de l'épitrôchlée, jaunâtre circulairement. Douleur localisée au niveau du condyle interne. Revue le 27 avril 1921, *léger degré du cubitus valgus*, pas de limitation des mouvements. Bon résultat.

La radiographie immédiate (fig. 4) montre un léger abaissement du noyau épitrôchléen ; dans la radiographie tardive (fig. 5) faite un an et quatre mois après l'accident, on voit que le noyau épitrôchléen est descendu jusqu'au niveau de la trochlée sur la radio de face ; sur celle de profil (fig. 6) il semble bien que ce soit le même noyau, déjeté en avant qui est remonté dans la flexion, sans doute avec formation d'une pseudarthrose fibreuse ; la radiographie de face en effet ne donne pas, sur l'angle inféro-interne de la diaphyse, de tache plus sombre qui expliquerait un épaississement osseux diaphysaire, dirigé directement en avant et capable d'expliquer la vue de profil. En somme observation analogue à la précédente, avec descente plus considérable de l'épitrôchlée, mais pas de néoformations osseuses sur la diaphyse.

(1) Nous faisons remarquer sur cette radio de profil la présence de deux points olécraniens, vus par Sappey et niés par d'autres auteurs.

OBSERVATION III. — Ham... vient à 14 ans pour une limitation du mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras, datant de 2 ou 3 ans ; il rapporte cette anomalie à un coup qu'il se donna en jouant, contre une barre de fer ; il ressentit aussitôt un malaise notable et ce n'est que dans la suite qu'il constata la limitation de ses mouvements d'extension. Cliniquement, la flexion, la pronation, la supination sont normales, seule l'extension est limitée à environ 160° ; aucune douleur au niveau du coude ; l'épitrôchlée est plus saillante qu'à droite et légèrement rejetée en dedans.

Le 4 mai 1921, à 31 ans, le malade présente toujours une limitation de l'extension à 130°.

La première radiographie (fig. 7) montre, malgré l'âge de l'enfant un écart notable entre le noyau épicondylien et la diaphyse ; il s'agissait probablement d'un décollement intro-articulaire au moment de l'accident. Le radiographie à l'âge de 31 ans (fig. 8) montre de grosses traînées osseuses sur le bord externe de la diaphyse jusqu'à l'articulation du condyle ; l'épitrôchlée est anormalement saillante, mais la première radio ne donnant rien d'anormal pour le point épitrôchléen, il semble qu'il faille rapporter cela plutôt à une anomalie qu'au traumatisme.

OBSERVATION IV. — Al... 12 ans, a fait le 12 mai 1920, une chute sur le coude gauche ; présenté une ecchymose assez étendue à la face interne de l'humérus. Les mouvements de l'articulation sont conservés ; le 27 avril 1921 a tous ses mouvements normaux.

La radio immédiate (fig. 9) montre un faible décollement de l'épiphyse humérale inférieure, la deuxième radio (fig. 10) montre la réparation sans séquelle appréciable.

OBSERVATION V. — Nol... 8 ans 1/2. Le 24 mai 1918 tombe sur le coude droit ; l'enfant soigné dans un autre service a eu son bras pendant huit jours à angle droit, massage ensuite ; se présente le 8 juillet 1918 ; extension à peu près complète, flexion à angle droit ; léger cubitus valgus.

La radiographie faite 6 semaines après l'accident (fig. 11) montre un épaississement osseux considérable sur le bord externe de la diaphyse ; on voit en même temps sur la radio de profil (fig. 12) que cette néoformation amène un véritable éperon rejeté en avant ; nous avons ainsi une image des plus nettes de l'entorse juxta-épiphysaire, à une époque où le noyau épicondylien n'est pas encore ossifié ; il s'est fait des décollements périostiques se propageant très au-dessus de l'articulation avec des ossifications consécutives, excitées d'ailleurs par le massage.

OBSERVATION VI. — Nar... 14 ans. C'est une radio précoce (fig. 13) gardée sans observation correspondante, intéressante pour montrer la forme du décollement, sans déplacement, de toute l'épiphyse, avec arrachements parcellaires aux deux extrémités saillantes de cette épiphyse.

IV. — DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES ENTORSES

Nous pouvons maintenant aborder l'étude clinique de l'entorse du coude ; comme nous l'avons vu, tous les degrés sont possibles entre l'entorse légère, qui pourra néanmoins amener plus tard des complications, et le décollement épiphysaire, aussi les signes fournis par la clinique seule seront délicats à apprécier.

Symptomatologie. — En général l'enfant se présente, comme pour les lésions du coude, avec l'avant-bras demi fléchi, soutenu par la main du côté sain ; cependant s'il y a simplement entorse, la sensation douloureuse peut être nulle et ainsi que le fait remarquer Ollier, la douleur peut cesser complètement ou être très atténuée au bout de quelques heures seulement, aussi l'enfant peut très bien ne pas prendre une attitude spéciale. A l'inspection, on remarque une tuméfaction en général limitée, soit interne, soit externe suivant le côté de la lésion. Très souvent il n'y aura pas d'ecchymose sauf quelquefois une ecchymose apparue immédiatement à un endroit où il y aura eu choc direct, mais pas d'ecchymose tardive. La palpation fera remarquer une tuméfaction douloureuse sur laquelle insiste Ollier ; elle doit être profonde, mal limitée, faisant corps avec la diaphyse ; elle est due au décollement périostique avec l'épanchement sanguin sous jacent. La douleur provoquée par la palpation n'est pas limitée comme celle perçue sur le contour d'une fracture, d'autre part elle est plus sourde.

Il est faux de dire comme Destot, Vignal, Barlatier, (*Fracture*



1



2



3



4



5



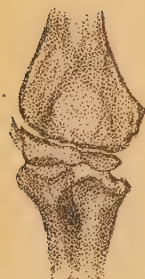
6



7



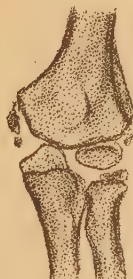
8



9



10



11



12



13

du coude chez l'enfant, Paris 1909), que l'entorse chez l'enfant se différencie de l'arrachement de l'épitrôchlée, parce que dans l'entorse le point douloureux est situé sur le ligament ; chez l'enfant en effet l'entorse n'est pas une lésion du ligament et Ollier (loc. cit.) a fait déjà remarquer que chez les jeunes les ligaments et les cartilages résistent et que la lésion se produit toujours dans la partie la moins résistante de la diaphyse. Ce n'est donc pas au-dessous de l'épitrôchlée qu'il faudra rechercher la douleur mais au-dessus ; de même pour la région épicondylieune.

Les mouvements passifs sont possibles, la flexion et l'extension sont en général normales au moment de l'accident primitif, de même que la pronation et la supination, seuls les mouvements d'abduction pour l'entorse interne et d'adduction pour l'entorse externe sont douloureux.

Les mouvements actifs sont également possibles.

Diagnostic différentiel. — Il sera difficile sans l'aide de la radiographie ; l'hémarthrose avec les deux saillies de chaque côté de l'olécrane permettra de soupçonner, comme complication, le décollement intra-articulaire, si la douleur à la palpation ne donne pas de précisions. Si outre l'hémarthrose on trouve une douleur vive et limitée on soupçonnera la fracture sans déplacement, en général il y aura également ecchymose ; l'extension et la supination seront limitées par la douleur si la lésion se limite à la fracture de l'épitrôchlée et on pourra mobiliser le fragment, il n'y aura pas d'hémarthrose.

Dans la fracture du condyle externe, l'impotence fonctionnelle est à peu près complète, la supination et la pronation sont très douloureuses, quoique la pronation soit plus facile. L'ecchymose cerce souvent le fragment.

Dans la fracture du condyle interne, l'impotence fonctionnelle est complète, le gonflement énorme, l'ecchymose se généralise à la face interne.

Dans la supra-condylieune sans déplacement, c'est surtout la recherche de la localisation de la douleur qui permettra le diagnostic en l'absence de la radiographie.

Pour juger en dernier ressort il est nécessaire d'avoir recours à la radiographie. Dans les cas d'entorse juxta-épiphysaire pure

elle ne montrera rien ; mais un décollement épiphysaire pourra être difficile à juger si l'écart est faible, il sera donc bon de radiographier en même temps le coude sain. Si les lésions paraissent nulles ou peu graves, on devra faire une nouvelle radiographie cinq à six semaines après l'accident : on pourra ainsi apercevoir des ossifications anormales qui permettront de réserver le pronostic.

Pronostic. — Il n'est pas absolument bénin ; cependant nous ne pouvons souscrire aux conclusions d'Ollier. Ollier en effet, considérait que l'entorse juxta-épiphysaire était fréquemment à l'origine des tumeurs blanches des articulations et même des ostéomyélites aiguës ; dans la statistique que nous avons faite dans le service du professeur Broca, nous avons relevé un cas possible de fracture du condyle externe suivi de tumeur blanche développée environ deux mois après la fracture ; mais il est probable que même dans ce cas la localisation était faite avant l'accident. Certainement les complications mécaniques dues à des proliférations osseuses sont beaucoup plus à considérer, surtout lorsque le massage est appliqué à de telles lésions chez les jeunes.

Les phénomènes nerveux par inclusion du radial ou du cubital ne se voient que dans les fractures et non pas dans les suites d'une simple entorse.

Les observations montrent que les complications habituelles sont une limitation ou de la flexion ou de l'extention, sans que cette limitation soit suffisante pour amener une gêne fonctionnelle notable ; la complication la plus fréquente de l'entorse interne est l'exagération du valgus normal. On ne note pas les atrophies musculaires qui suivent les lésions de l'entorse chez l'adulte et si l'atrophie se produit elle est passagère et facilement réparable. Peut être faut-il voir dans les limitations de mouvements ainsi que le fait remarquer Mayet (*Paris chirurgical* 1917-IX-594), l'action d'un raccourcissement ligamenteux, lorsque la radiographie ne montre rien d'anormal ; il nous semble cependant que cette cause doit être rare chez l'enfant, dont les ligaments sont souples et ne pourrait se produire que par une immobilisation prolongée outre mesure ; en général la limitation

des mouvements est due à des productions osseuses exagérées, souvent causées par un massage intempestif.

Traitement. — Les lésions de l'entorse chez l'enfant sont des lésions cartilagineuses et périostiques, la réparation se fait donc rapidement et a plutôt tendance à dépasser le but ; il faut donc :

1^o Ne pas exciter outre mesure le pouvoir ostéogénique, c'est-à-dire éviter le massage.

2^o Immobiliser pendant une période courte et laisser ensuite l'enfant reprendre ses mouvements.

Les déplacements osseux d'origine ligamenteux se faisant le plus souvent vers le bas et en avant, on aura intérêt à immobiliser une quinzaine de jours en flexion à angle aigu, position dans laquelle le ligament relâché permettra au fragment de remonter. En général au bout de ce temps, l'enfant reprendra lui-même peu à peu ses mouvements, on pourra l'y aider par quelques mouvements passifs.

CONCLUSIONS

I. — L'entorse du coude chez l'enfant est une lésion assez fréquente puisqu'elle occupe le 3^e rang à côté des fractures de l'épitrôchlée.

II. — Le point caractéristique de sa symptomatologie est la tuméfaction qui se développe au-dessus de l'insertion des ligaments latéraux et est due à l'épanchement sous périoste, puis à la prolifération de ce périoste décollé.

III. — Le diagnostic ne peut le plus souvent être tranché que par la radiographie tardive (cinq à six semaines après l'accident).

IV. — La transition entre l'entorse pure et l'entorse compliquée de décollements épiphysaires est insensible.

V. — Le pronostic doit être quelque peu réservé au point de vue fonctionnel. Contrairement aux conclusions d'Ollier, il n'est pas mauvais au point de vue morbidité et la lésion mécanique n'est pas un point d'appel pour la tuberculose ou l'ostéomyélite aiguë.

VI. — Le traitement doit éviter surtout le massage et les excitations de l'ostéogénèse, l'immobilisation doit être de courte durée.

1777